健康署成人預防保健服務檢查紀錄結果表單

”△”第一階段日期：民國 年 月 日

第二階段日期：民國 年 月 日

(加註”△”為提供 B、C 型肝炎檢查必填欄位)

- ◎ 成人預防保健服務補助時程為三十歲以上未滿四十歲者，每五年補助一次；四十歲以上未滿六十五歲，每三年補助一次；三十五歲以上小兒麻痺患者、五十五歲以上原住民或六十五歲以上者，每年補助一次。
- ◎ 本人同意接受成人預防保健服務。請簽名或蓋章(手印)：(第一階) _____ (第二階) _____
- ◎ “△”成人預防保健服務 B、C 型肝炎檢查補助時程為四十五歲至七十九歲者，或四十歲至七十九歲原住民，經機構查詢符合檢查條件者，終身一次。本人同意接受檢查，請簽名或蓋章(手印)：_____
- (相關資料將作為衛生單位政策評估及查詢或個案追蹤健康管理使用)

下列紅框內之欄位請醫護人員協助服務對象於檢查前先行詳細填寫，以供醫師參考。

“△”基本資料	身分證統一編號		姓名	性別	☐ 男 ☐ 女	原住民	☐ 是 ☐ 否
	生日	民國前/後 年 月 日 (足歲)	電話	()			
	現地址	_____縣(市) _____鄉鎮市區 _____村里 _____鄰 _____路(街) _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓					
	戶籍地	_____縣(市)	教育程度	☐ 無 ☐ 小學 ☐ 國(初)中 ☐ 高中(職) ☐ 專科、大學 ☐ 研究所以上			
疾病史	☐ 高血壓 ☐ 糖尿病 ☐ 高血脂症 ☐ 心臟病 ☐ 腦中風 ☐ 腎臟病 ☐ B 型肝炎 ☐ C 型肝炎 ☐ 精神疾病 ☐ 其他：_____ ☐ 小兒麻痺 ☐ 以上均無						
長期服藥	☐ 無 ☐ 有，病因 _____						
家族史	☐ 高血壓 ☐ 糖尿病 ☐ 血脂異常 ☐ 心臟病 ☐ 腦中風 ☐ 精神疾病 ☐ 癌症 _____ ☐ 其他：_____ ☐ 以上均無						
健康行為	一、最近半年來，您吸菸的情形是？ ☐ 不吸菸 ☐ 朋友敬菸或應酬才吸菸 ☐ 平均一天約吸一包菸(含以下) ☐ 平均一天約吸一包菸以上 二、最近半年來，您喝酒的情形是？ ☐ 不喝酒 ☐ 偶爾喝酒或應酬才喝 ☐ 經常喝酒 三、最近半年來，您嚼檳榔的情形是？ ☐ 不嚼檳榔 ☐ 偶爾會嚼或應酬才嚼 ☐ 經常嚼或習慣在嚼 四、最近二週，您是否有運動(每週達 150 分鐘以上)？ ☐ 沒有 ☐ 有，但未達每週 150 分鐘(2.5 小時) ☐ 有，且每週達 150 分鐘以上(2.5 小時) 五、您是否出現咳嗽超過二週的情形？ ☐ 沒有 ☐ 有						
憂鬱檢測	一、過去二週，你是否感覺情緒低落、沮喪或沒有希望？ ☐ 否 ☐ 是 二、過去兩週，你是否感覺做事情失去興趣或樂趣？ ☐ 否 ☐ 是						
身體檢查	身高：__公分 體重：__公斤 脈搏：__次/分 血壓：__/_mmHg 腰圍：__公分 身體質量指數(BMI)：_____【理想值：18.5 ≤ BMI < 24】 ◎計算方式：體重(公斤)/身高(公尺) ² 眼睛 右眼裸眼視力：__ 左眼裸眼視力：__ 右眼矯正視力：__ 左眼矯正視力：__ 耳鼻喉及口腔 ☐ 無明顯異常 ☐ 異常： ☐ 助聽器 ☐ 齶齒 ☐ 牙結石或牙周病 ☐ 其他 頸部 淋巴腺腫大： ☐ 有 ☐ 無 甲狀腺腫大： ☐ 有 ☐ 無 胸 部： ☐ 無明顯異常 ☐ 異常：__ 心臟聽診： ☐ 無明顯異常 ☐ 異常：__ 呼吸聽診： ☐ 無明顯異常 ☐ 異常：__ 腹 部： ☐ 無明顯異常 ☐ 異常：__ 四 肢： ☐ 無明顯異常 ☐ 異常：__ 其他異常：_____						

※服務對象如有任何不適異狀、曾患疾病或目前病症，務必於問診時詳細告知醫師。
 第一聯 特約醫事服務機構通知保險對象檢查結果聯。
 第二聯 特約醫事服務機構留存聯(本資料請留存於病歷)。